Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.

Beitrag zur Lehre von der sensorischen Aphasie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Karl Voß

aus Gelsenkirchen i./Westf.

Kiel 1910.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.

Beitrag zur Lehre von der sensorischen Aphasie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Karl Voß

aus Gelsenkirchen i./Westf.

Kiel 1910.

Druck von H. Fiencke.

No. 31.

Rektoratsjahr 1910/11

Referent: Dr. **Siemerling,**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**
z. Z Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Unter Sprache im weiteren Sinne des Wortes versteht man die Mittel, die dem Menschen zur Verfügung stehen, seinen Gedanken Ausdruck zu verleihen; die wichtigsten Verständigungsmittel sind die Sprache im engeren Sinne und die Schrift, für die das Großhirn eine perzeptive und expressive Komponente besitzt. Letztere bildet sich physiologisch beim Kinde, als Fähigkeit, selbst zu sprechen, erstere ist im Kinde als Wortverständnis ausgebildet.

Die Geschichte der Lokalisation dieser Zentren knüpft sich hauptsächlich an die Namen von Bouillaud, Marc Dax, Broca, Wernicke und Kussmaul.

Während vorher die allgemeinen Ortsbestimmungen des Gehirns in den Schriften der älteren Beobachter, denen wir die Grundlage der Hirnpathologie verdanken, nur oberflächlich waren, und man sich nur mit der ungefähren Angabe des verletzten Hirnlappens, z. B. vorn, hinten, mitten, begnügte, finden wir mit dem Jahre 1836 die Läsionen schon näher lokalisiert. So bezeichnet der französische Arzt Bouillaud Verletzungen des Vorderhirns oberhalb und hinter der Orbita, Marc Dax Läsionen der linken Gehirnhälfte als Ursache der Sprachstörung.

Auf die Notwendigkeit einer genaueren topographischen Beschreibung der Läsionen wies besonders Broca hin. Ihm gelang es im Jahre 1861, aufgrund der Gratioletschen Forschungen (1854) über die Formverhältnisse der menschlichen Gehirnoberfläche, den Sitz des psychomotorischen

Sprachzentrums in das hintere Drittel der linken unteren Stirnwindung zu verlegen und an der Hand zweier Fälle die Störungen zu beschreiben, für die er den Namen »Aphemie« vorschlug, den aber Trousseau mit dem jetzt allgemein gebräuchlichen »Aphasie« vertauschte.

Unsere Kenntnisse von der Lokalisation des Sprachzentrums erhielten ihren weiteren Ausbau, als Wernicke in seiner 1874 erschienenen Schrift »Der aphasische Symptomenkomplex« den Beweis erbrachte, daß eine Kombination von motorischer Aphasie mit Verlust des Wortgedächtnisses, also eine Schädigung der expressiven und rezeptiven Funktion, auf eine Erkrankung der linken oberen Schläfenwindung schließen lasse. Dasselbe konnten Luciani und Sepelli feststellen, die in der größten Mehrzahl aller reinen Fälle einen Krankheitsherd dieser Hirnwindung fanden, die später Berger als sogenannte Wernicke'sche Stelle bezeichnet hat.

Krankheitsherde im Bereiche des Broca'schen bzw. Wernicke'schen Zentrums rufen nun jene typische Sprachstörung hervor, die man je nach dem Sitze als motorische oder sensorische Aphasie anspricht. Wir verstehen darunter nach Oppenheim »den Verlust oder die Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Begriffe in Worte oder Schriftzeichen umzusetzen trotz erhaltener Beweglichkeit der Sprachmuskulatur und den Verlust der Fähigkeit, Gesprochenes zu verstehen bei vollständig erhaltenem Hörvermögen.«

An diesen beiden Hauptformen kann man noch eine feinere Unterscheidung vornehmen, je nachdem die Verbindungen der inbetracht kommenden Zentren mitbefallen sind. So spricht man von corticaler sensorischer Aphasie, wenn die Schädigung im sensorischen Zentrum der Hirnrinde selbst liegt, von subcorticaler, wenn sie zwischen diesem und dem Hörzentrum, von transcorticaler, wenn sie zwischen dem sensorischen Zentrum und dem dominierenden Begriffszentrum gelegen ist.

Als Abart der sensorischen Aphasie unterscheidet Oppenheim eine sogenannte amnestische Aphasie, bei der das Zentrum für die Klangbilder, in der Inselgegend,

zerstört ist. Neben diesen beiden Hauptformen tritt als dritte eine sogenannte Leitungsaphasie auf, welche sich klinisch hauptsächlich durch Verwechseln der Worte äußert; man versteht darunter die Unterbrechung der Associationsbahnen, die das motorische Zentrum mit dem sensorischen verbinden.

Es ist eine höchst merkwürdige und noch nicht genügend aufgeklärte Tatsache, daß diese Zentren nur auf der linken Hemisphäre des Großhirns liegen, aber auf der rechten symmetrischen Seite fehlen, sodaß z. B. Zerstörung der rechtsseitigen ersten Schläfenwindung keine sensorische Aphasie nach sich zieht. Bemerkenswert ist ferner die Erscheinung, daß die Sprachzentren bei Linkshändern auf der rechten Seite gesucht werden müssen; denn in mehreren Fällen, in denen die entsprechende Stelle der linken Hemisphäre erkrankt war, jedoch keine Aphasie bestand, konnten Luciani und Sepelli Linkshändigkeit konstatieren.

Das Hauptsymptom der sensorischen Aphasie, die später von Kussmaul als Worttaubheit (Surdité verbale) beschrieben wurde, liegt auf sensorischem Gebiete. Der Sensorisch-Aphasische hat die Erinnerungsbilder der Wortklänge, die im sensorischen Zentrum als Wortklangbilder lokalisiert sind, verloren; er hört zwar die an ihn gerichteten Worte, aber er versteht sie nicht, er vermag den Sinn derselben nicht zu erfassen. Sie klingen ihm, als gehörten sie einer ihm unbekannten Sprache an. Daher vermag er auch Aufforderungen nur teilweise oder gar nicht zu befolgen.

Im Gegensatz zu der motorischen Aphasie kann der an sensorischer Aphasie Leidende spontan sprechen, wenngleich in der Regel nicht ohne besondere Störung, da ja die Kontrolle, die normalerweise das sensorische Zentrum auf das motorische ausübt, vollständig ausgeschaltet ist. Der Sensorisch-Aphasische spricht viel, aber meist verkehrt, er verwechselt Worte und deren Sinn, »spricht vorbei«, kauderwelsch, da er nicht merkt, daß er falsche Bezeichnungen gebraucht. Dabei kann meist ein sich gerade überstürzender Rededrang bestehen, der keinen Zusammenhang erkennen läßt, Logorrhoe.

So sagt er z. B. für Schlüssel »Uhr«, für Hut »Band«, für Mann »Dame«. Oft werden ähnlich lautende Worte benutzt, statt anziehen wird »ausziehen, statt Kopf »Topf« gesagt. Oder es kommt statt des verlangten Wortes eines von gleicher oder verwandter Bedeutung zum Vorschein, statt Kopf »Haut«, statt Daumen »Zehe«, statt Tisch »Stuhl«. Mitunter bringt er statt des gesuchten ein solches, das sprachlich oder bildlich mit demselben verbunden ist, z. B. »Stock« statt Stein, »Land« statt Leute, »Maus« statt Mann. (Eulenburg).

Mit diesem als Paraphasie bezeichneten Zustande verknüpft sich häufig die Erscheinung der Perseveration, indem Aphatiker bei verschiedenen nach einander folgenden Fragen die einmal gegebene Antwort wiederholen und z. B. mit »Uhr« nacheinander eine Uhr, einen Schlüssel, einen Hammer etc. bezeichnen.

Ähnliche Verhältnisse wie bei der Sprache finden wir auch bei der Schriftsprache. Das willkürliche Schreiben zeigt deutlich ausgeprägte Paragraphie und das Schriftverständnis ist teilweise hochgradig beeinträchtigt, wie bei der motorischen Aphasie. Während die Agraphie, die völlige Unfähigkeit zu schreiben bei erhaltener Gebrauchsfähigkeit der Arm- und Handmuskulatur, nur selten im Verlaufe des sensorischen Krankheitsbildes aufzutreten pflegt, geht mit ihr Hand in Hand die Unfähigkeit zu lesen, die Alexie, wobei das Sehvermögen vollkommen intakt ist.

Diese beiden Funktionsstörungen lassen sich auf die Schädigung des Klangbildzentrums zurückführen, mit dem das optische- und Schreibzentrum verbunden ist.

Das Vorhandensein eines isolierten Schreib- und Lesezentrums halten Marie und Moutier von vornherein für unwahrscheinlich, »weil das Schreiben einen zu jungen Erwerb darstellt, als daß sich schon ein eigenes Zentrum für diese Tätigkeit herausgebildet haben sollte«.

Déjerine macht das Verhalten der Schreibfähigkeit von dem der inneren Sprache abhängig; die Störungen oder der Verlust der letzteren sei die Ursache der Para- bezw. Agraphie. Dabei kann es vorkommen, daß die das Bild

der Agraphie bietenden Aphatiker gewisse andere Leistungen, wie Karten- und Schachspiel, ungehindert ausführen können.

Broadbent beschreibt einen Fall, bei dem ein sehr energischer und intelligenter Mann im Anschluß an eine Aphasie das Vermögen verlor, Gedrucktes und Geschriebenes zu lesen. Er sah die Schrift, aber er verstand sie nicht, während er noch spontan einigermaßen schreiben konnte. Auch war er nicht imstande, auf Befragen die einfachsten Gegenstände, die man ihm vorhielt, zu benennen. Broadbent meint deshalb, das Unvermögen zu lesen sei nur ein Teil dieses allgemeinen Unvermögens, Gegenstände zu benennen.

Gustav Wolff beobachtete eine aphasische Frau, die nicht lesen konnte. Vor allem wurden nicht gelesen Artikel, Pronomina, Praepositionen, Conjunktionen; die Lesbarkeit hing von der Bedeutung des Wortes ab; eine Reihe von Wörtern las sie anders als sie dastanden.

Diese Störungen der Alexie und Agraphie treten besonders rein bei der cortikalen sensorischen Aphasie auf. Bei der subcortikalen ist die willkürliche Sprache und Schrift sowie das Verständnis für letztere erhalten, dagegen das für Sprache aufgehoben; bei der transkortikalen ist das Sprach- und Schriftverständnis aufgehoben oder beeinträchtigt, willkürliche Sprache und Schrift sind erhalten, aber es besteht Paraphasie bezw. Paragraphie.

Die allgemeinen physischen Funktionen erleiden ohne Zweifel eine Einschränkung. Nach Pick sind die intellektuellen Fähigkeiten, das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, das Kombinationsvermögen mehr oder weniger herabgesetzt. Die Aphatiker werden stumpf und gleichgültig gegen ihre Umgebung, teilnahmslos, vergeßlich, zerstreut. Das mitunter auffällig sich äußernde Bestreben der Aphatiker, gleichwohl für geistig normal zu gelten, ist, wie Blumenstock bemerkt, eine häufig zu beobachtende Erscheinung.

Den Entstehungsursachen der Aphasie nach können wir nach Oppenheim solche funktioneller oder toxischer Natur, sowie durch organische Leiden bedingte unterscheiden. So sind Aphasien beobachtet nach heftigen psychischen

Erschütterungen, nach Traumen und Blutverlusten, bei Schwäche- und Erschöpfungszuständen, ja sogar im Kindesalter durch Wurmreiz bedingte, die nach Verabreichung eines Wurmmittels gehoben wurden.

Die sogenannten Schreckaphasien, die in der Regel nur bei neuropathisch veranlagten Individuen, besonders bei hysterischen Frauen vorzukommen pflegen, sind selten als bleibende zu bezeichnen, wenngleich es sonst in der Natur der meisten mit der Sprachstörung einhergehenden pathologischen Prozesse begründet ist, daß die restitutio ad integrum eine längere Zeit in Anspruch nimmt.

Ferner sind Aphasien im Verlauf von Infektionskrankheiten aufgetreten. Ebstein berichtet über solche bei Typhus abdominalis, ebenso liegen Berichte vor über Aphasien bei Pneumonie, Scarlatina etc.

Die auf funktionellen und toxischen Einflüssen beruhende Aphasie bildet sich schnell und vollkommen zurück, was forensisch wegen der Feststellung der Dispositionsfähigkeit der damit behafteten Personen von ausschlaggebender Bedeutung sein kann.

In der Mehrzahl der Fälle liegen der sensorischen Aphasie organische Veränderungen im Gehirn zugrunde, die das Sprachzentrum direkt betreffen oder die unmittelbar unter der Rinde gelegene Marksubstanz. So beobachten wir sensorische Aphasien nach Tumoren, Abscessen, Verletzungen und Atrophien im Bereiche des Schläfenlappens.

Als Hauptursache der dauernden sensorischen Aphasie sind zweifellos die Gehirnblutung (Apoplexia sanguinea) und die Gehirnerweichung (Encephalomalacia) anzusehen. Die Gehirnblutung beruht auf einer Zerreissung, die Erweichung auf einen embolischen oder thrombotischen Verschluß der Arteria fossae Sylvii. Beide Prozesse setzen ihrerseits eine Erkrankung der Gefäße voraus, als deren wichtigste die Arteriosklerose in Betracht kommt. Nach Siemerling liegt bei älteren arteriosklerotische Veränderungen an den Temporal- und Radialarterien aufweisenden Individuen, bei denen aphasische Störungen auftreten, die Annahme einer Encephalomalacie näher als die einer Hirnblutung. Andererseits

sprechen schwere mit Bewußtlosigkeit einhergehende und plötzlich auftretende dauernde Störungen mehr für eine stattgehabte Blutung, während häufig sich wiederholende, rasch sich ausgleichende mehr auf arteriosklerotische Thrombosen schließen lassen. Unter Umständen kann nach Siemerling der Nachweis von Blut oder Blutfarbstoff in der Cerebrospinalflüssigkeit den differentialdiagnostischen Ausschlag geben, vorausgesetzt natürlich, daß der Bluterguß in die subarachnoidalen Räume eingedrungen ist.

Die Vorboten, unter denen die Schädigungen sich im Gehirn entwickeln, sind durchaus typischen Charakters: Die Kranken klagen über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen, Bewußtseinsstörungen, Ermüdung. Je nach der Ausbreitung der Schädigung auf die benachbarten Zentren treten Lähmungen an Rumpf und Extremitäten neben einer sensorischen Aphasie auf. Ein von der Schläfenwindung in die Tiefe greifender Prozeß kann nicht selten den hinteren Schenkel der inneren Kapsel schädigen; es kommt dann zu einer Hemiplegie und Hemianaesthesie, zu einer Facialis- oder Hypoglossusparese. Läsionen der den Schläfenlappen durchziehenden Sehstrahlung bewirken, wie Bouchaud an verschiedenen Fällen nachwies, Hemianopsie der entgegengesetzten Seite. Endlich können noch Geruchs- und Geschmacksstörungen vorkommen, da das Zentrum dieser Sinne im Gyrus hippocampi liegt.

Der Verlauf und die Prognose der sensorischen Aphasie hängen von verschiedenen Momenten ab. Liegt eine direkte Schädigung der Sprachzentren zugrunde, die für die Therapie unzugänglich ist, so entscheidet das Alter. Im jugendlichen Alter ist die Prognose wegen des vikariierenden Eintretens der rechten Hemisphäre relativ günstig.

Oppenheim schreibt über einen Fall folgendes: Eine Person, die von Hause aus rechtshändig war, war nach einer Verletzung der rechten Hand im 17. Lebensjahre gezwungen, sich fortan der linken Hand zu bedienen; sie wurde linkshändig. Als sie im Alter von 57 Jahren an einem Tumor des rechten Schläfenlappens erkrankte, wurde sie aphasisch.

Ungünstig ist die Prognose bei großen Erweichungsherden und im Alter, bei denen die Aphasie meist bestehen bleibt. Doch ist auch dann die Rückbildung nach Bramwell und Déjerine nicht immer ausgeschlossen. Déjerine berichtet in seiner Sémiologie über die Rückbildung einer Aphasie im 73. Lebensjahre.

Die Therapie der sensorischen Aphasie richtet sich nach dem Grundleiden; ist dieses nicht zu beseitigen, so ist eine gewisse Besserung der Sprachstörung häufig noch durch zweckentsprechenden Sprach- und Schreibunterricht zu erzielen. Nach Fr. Mohr muß dieser eingeteilt werden in Übungen der Sprach- bezw. Schrift-Bildung und des Sprach- bezw. Schrift-Verständnisses. So gelang es Gutzmann, durch Übungstherapie eine bereits 10 Jahre bestehende Aphasie zu heben.

Im Anschluß an diese Auseinandersetzungen möchte ich über einen Fall von sensorischer Aphasie berichten, den Herr Geh.-Rat Dr. Siemerling mir gütigst zur Verfügung gestellt hat.

Die 63jährige Ehefrau des Rentners S. S. aus L. wurde am 30. IV. 1909 von ihrem Manne in die psychiatrische und Nervenklinik zu Kiel eingeliefert.

Anamnese: Die Patientin ist nach Angaben des Mannes nie ernstlich krank gewesen; ihre Eltern sind immer gesund gewesen und alt geworden, ihr Bruder ist ebenfalls gesund. Vor 19 Jahren hat sie nach schwerer Entbindung ein langes Wochenbett gehabt, das Kind war bei der Geburt ausgetragen, aber tot. Psychisch war Patientin nie krank; in der Schule hat sie gut gelernt, war aufgeweckt.

In früheren Jahren hat sie viel an Kopfschmerz und seit 10 Jahren an leichten Ohnmachtsanfällen gelitten, von denen sie sich aber immer rasch erholte. Im September vorigen Jahres hat sie plötzlich einen Schlaganfall bekommen; der eine Arm war etwas

gelähmt, der Mund schief, die Sprache vorübergehend gestört. Bewußtlosigkeit ist nicht eingetreten. Im Oktober trat ein weniger schwerer Anfall ein, nach welchem sich Patientin ebenfalls rasch erholte.

Am 1. Ostertage hat sie sich nach einer Feier sehr aufgeregt, es kam zu Familienstreitigkeiten. Von diesem Tage hat sie zu Bett gelegen, war leichter aufgeregt als ehedem, sprach im Gegensatz zu früher sehr viel, aber das Gesprochene hatte keinen Zusammenhang. Der Appetit ließ nach, Verunreinigungen sind nicht vorgekommen, Schwindelanfälle hatte sie keine. Das Gedächtnis ließ nach, Patientin wurde vergeßlicher, traurig, weinerlich, meinte immer, sie müßte sterben.

Äußeres Verhalten: Patientin spricht fortwährend laut in jammerndem Ton: »Das geht nicht an!« Bei der Untersuchung sitzt sie gesenkten Blickes da und jammert: »Ach Gott! Ach Gott!« Nach kleinen Pausen fährt sie fort, unzusammenhängende Dinge zu erzählen, fängt dann wieder an zu seufzen. Aufforderungen faßt sie schwer oder garnicht auf.

Körperbefund: Das Gewicht beträgt 46,8 kg, die Körperlänge 160 cm, die Temperatur 37,3°. Patientin ist mittelkräftig gebaut, von schlechtem Ernährungszustand. Den Blick hält sie dauernd gesenkt, bewegt die Bulbi beständig unruhig hin und her. Die Pupillen sind untermittelweit, flach, etwas entrundet. Die Reaktion auf Licht und Konvergenz ist prompt. Die Augenbewegungen sind, soweit man sie prüfen kann, frei. Bei Betrachtung des Mundes erscheint die rechte Mundseite weniger gut innerviert als die linke. Die Zunge wird gerade vorgestreckt, ist gerötet, rissig, Zittern derselben besteht nicht. Die Rachenbesichtigung stößt auf Widerstand. Patientin spricht Paradigmata nicht nach, das Spontansprechen ist ohne Besonderheiten. Arme und Hände werden frei bewegt, es besteht kein wesentliches Zittern der Hände. Der

Händedruck ist beiderseits gering, ohne wesentliche Differenz. Die Reflexe der Oberextremität sind schwer, nicht sicher auszulösen, desgleichen der Achillessehnenreflex; das Kniephänomen ist beiderseits lebhaft, der Plantarreflex in normaler Stärke auszulösen, Babinski besteht nicht. Das Gehen ist unbeeinträchtigt, es besteht kein Romberg'sches Phänomen. Die Schmerzempfindlichkeit ist anscheinend überall normal.

Die Herztöne sind laut und rein, der Puls beträgt 116 Schläge in der Minute, ist gleichmäßig in der Wellenhöhe und Schlagfolge, kräftig, etwas gespannt. Die fühlbaren Schlagadern lassen deutliche Schlängelung und Verhärtung erkennen.

Auf die an sie gerichteten Fragen antwortet sie wie folgt:

»Wo hier?« — »Ich bin . . . nein . . . ich kann nicht liegen . . . nein . . . Man . . . bin ganz gedankenlos . . . bin immer so gedankenlos.«

»Seit wann so gedankenlos?« — »Er tut auch mit . . . ich kann nur . . . ja ich habe so viel Bedenken gehabt . . . Ach Gott! . . . ich bin so gedankenlos.«

»Seit wann?« — »Das will ich Ihnen sagen, ich habe seit heute früh nichts zu essen gekriegt, habe nichts gegessen, habe gehungert, die Frau J. hat mich ganz schrecklich gestraft.«

»Tag heute?« — Habe so viel Bedenken . . . ich habe Mann und Schwester, vor 14 Tagen starb die Schwester, die erst vor 14 Tagen gestorben . . . ach, daß ich so gedankenlos bin.«

»Sorgen gemacht?« — »Ja«.

»Früher schon krank?« — »Ja«.

»Schlaganfall im September gehabt?« — »Das will ich Ihnen sagen, das war schlechte Zeit, da waren wir 20 Jahre alt« (Erzählt von der Geburt des Kindes, es wäre gleich tot gewesen, aber es habe ihm nichts gefehlt.)

»Warum so unruhig?« — »Ich bin so traurig und so hungrig, habe nichts zu essen gekriegt«.

»Mit Schwägerin Streit gehabt.?« — »Das schreibt er nur. Wie kann das angehen.« (Spricht dann immerfort Unzusammenhängendes).

»Wo hier?« — »Das kann ich nicht«.

»Tag heute?« — (Spricht fortwährend weiter, achtet nicht mehr auf die weiteren Fragen.)

1. V. Patientin redet fortwährend in schwer verständlicher Weise vor sich hin, verläßt zeitweise das Bett.

Vorgelegte Gegenstände:	Bezeichnungen der Patientin:
Hut?	»Mir fehlt nichts.«
Hut?	»Band.«
Schlüssel?	»Gürtel.«
Hammer»	»Weiß ich nicht, kleine Uhr, Uhrkette.«
Uhrkette?	»Uhrkette.«
Kneifer?	»Schwurkette.«
Portemonnaie?	»Gold ... Uhrkette.»

Auf verschiedene Aufforderungen, die Zunge zu zeigen, die rechte Hand an die Nase zu führen etc., reagiert sie nicht.

3./4. V. Gestern und heute ruhiger, mit wenigen Unterbrechungen geschlafen. Spricht immer noch viel Unverständliches und fortwährend vor sich hin, faßt Fragen nicht auf, antwortet sinnlos, jammert über die Kälte, will weg von hier, ringt die Hände.

6. V. Kam abends aus dem Bette, stellte sich an das Fenster, war ängstlich, erregt, rief zum Fenster hinaus; »Kommen Sie her, Mann, hier kann ich nicht länger bleiben. Sie weint und jammert, will sich nicht zu Bett bringen lassen.

7.—9. V. Ruhiger, macht ängstlichen Eindruck, will fort von hier.

Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet sie wie folgt:

Schlüssel:	»Uhr«.
Bleistift:	»Blicken.«
Fahrplan:	»Bricken.«
Löschpapier:	»Kirchenuhr.«

Leseprobe; KOHLEN? — Patientin kann die einzelnen Buchstaben lesen, ist aber unfähig, das Wort zu

lesen, liest »Korneellen«, sagt: »Sehen kann ich es wohl, aber nicht lesen.«

12./13. V. Verhält sich ruhiger, sitzt meist ruhig da; bei der Visite beginnt sie mit großem, schwer verständlichem Wortschwall zu jammern, sie sei gesund, wolle zu ihrem Manne, bittet den Arzt, diesem zu schreiben.

17./18. V. Ruhig, empfängt den Arzt mit heiterer, zufriedener Miene, spricht; »Ich tausche Ihnen für ihre Mühe, Sie haben sich gut beworfen bei uns.«

19. V. In letzter Nacht ängstlich, weil Stubengenossin unruhig; schob ihr Bett vor die Tür, damit diese nicht geschlossen werden könnte.

21./24. V. Redet die Ärzte mit »Herr Pastor« oder »liebe Frau« an, verlangt nach ihrem Onkel (Manne) und ihren Eltern, schreibt unverständliche Briefe, jammert über Heimweh.

28. V. Besuch von ihrem Mann; unterhält sich ganz gut mit ihm, will ihn nicht allein fortlassen, sie wird aufgeregt, jammert, schreit, sie wolle mit nach Hause; ist nur mit Gewalt von ihm zu trennen.

29. V. Hat sich wieder beruhigt, bittet aber immer noch in ihrer sonderbar verwirrten Sprachweise, der aber kaum anzumerken ist, daß sie die Worte schwer findet, um ihre Entlassung.

2. VI. Gebessert entlassen.

Wir entnehmen der Krankengeschichte, daß es sich um einen typischen Fall von Schädigung des psychosensorischen Sprachzentrums handelt. Patientin versteht die an sie gerichteten Fragen nicht und vermag deshalb auch den Aufforderungen nicht nachzukommen. Erweckt es zeitweilig auch den Anschein, als habe sie einige Fragen richtig aufgefaßt, und antwortet sie auf die Frage, ob sie früher krank gewesen oder sich viel Sorgen gemacht habe, im bejahenden Sinne, so kann man das nur der Zufälligkeit, nicht einem etwaigen momentanen Wortverständnis zuschreiben. Freilich berichten einige Autoren von solchen »lichten Augenblicken«, die sich im Anschluß an starker Aufregung oder plötzlichen

Wutausbrüchen scheinbar einstellen; doch fehlen hierüber nähere positive Befunde.

Spontan spricht Patientin immerfort Unverständliches und Unzusammenhängendes und ist in ihrem Redeschwall nicht einmal durch laute Rufe zum Schweigen zu bringen Vorgehaltene Gegenstände weiß sie nicht zu benennen, ist unfähig, Geschriebenes zu lesen, wenngleich sie die einzelnen Buchstaben erkennen kann, liest Worte anders, als sie dastehen. Die von ihr geschriebenen Briefe zeigen deutliche Paragraphie und haben keinen Sinn und Verstand.

Was nun die Veränderung der Psyche betrifft, so kann die Ätiologie in der Aufregung nach dem zweiten Schlaganfall gesucht werden. Die Hauptursache liegt zweifelsohne in der Gehirnblutung, die auf eine veränderte Beschaffenheit der Gefäßwände zurückzuführen ist. Bei der äußeren Untersuchung der Patientin finden wir, ihrem Alter entsprechend, eine starke Schlängelung und Verhärtung der Radial- und Temporalschlagadern, ein Befund, der meist auf bestehende Arteriosklerose hinweist. Da durch die abgelagerten Kalksalze die Elastizität der Gefäßwände herabgesetzt und demzufolge der arterielle Druck erhöht ist, so bedarf es nur geringer Insulte, wie psychischer Aufregungen, um eine Zerreissung zu bewirken.

Die Prognose ist in diesem Falle, besonders wegen des Alters der Patientin, als infaust zu bezeichnen, eine Übungstherapie deshalb auch ohne Aussieht.

Die Behandlung wird sich im wesentlichen auf die Beseitigung bezw. Milderung der einzelnen Erscheinungen und Beschwerden beschränken müssen. Die Erregungszustände wird man zweckmäßig mit Narcoticis bekämpfen; außerdem ist die Verabreichung von Brom und Jodkali empfehlenswert.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh.-Rat Dr. Siemerling für die freundliche Überlassung des Themas und für die Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Literatur.

Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
Schwalbe: Lehrbuch der Greisenkrankheiten.
Eulenburg: Realencyclopädie.
v. Mering: Lehrbuch der inneren Medizin.
Floren: Inauguraldissertation »Geistesstörungen bei Aphasie.« Kiel 1902.
Kussmaul: Die Störungen der Sprache.
Jahresbericht der Neurologie und Psychiatrie. Bd. X.

Lebenslauf.

Verfasser, Karl Wilhelm Voß, katholischer Konfession, wurde als Sohn des Bauführers Johannes Voß am 3. Dez. 1883 zu Ueckendorf, Kreis Gelsenkirchen in Westfalen geboren. Den ersten Unterricht erhielt er in der Volksschule zu Ueckendorf; zur weiteren Ausbildung besuchte er vom 10. Lebensjahre die Rektoratschule zu Gelsenkirchen und die Gymnasien zu Steele und Wattenscheid. Mit dem Zeugnis der Reife bezog er 1905 die Universität Münster i./W., wo er zwei Semester blieb, dann die Universität zu Würzburg, und bestand im W.-S. 07/8 die ärztliche Vorprüfuug in Würzburg, wo er seiner Militärzeit beim 9. bayerischen Infanterieregiment genügte. Die folgenden Semester studierte er in Berlin und Kiel. Am ersten Juni 1910 bestand er in Kiel das medizinische Staatsexamen, am 8. Juni das Rigorosum und trat am 15. Juni sein praktisches Jahr am Knappschaftskrankenhaus zu Gelsenkirchen an.